

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**SUBALTERNIDADE FEMININA, GESTAÇÃO DE ALTO  
RISCO E MORTALIDADE MATERNA: UM TRIÂNGULO  
PERVERSO**

Aprovado Pelo DSS

Em 10 / 12 / 96

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
ao Departamento de Serviço Social da  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
como exigência parcial para obtenção do  
título de Assistente Social, pela acadêmica:

  
Vera Lúcia de Souza  
Coordenadora do Depto. de Serviço Social

**Vera Lúcia de Souza**

**Florianópolis, novembro de 1996**

## **Agradecimentos**

A Deus pelo dom da vida e da inteligência, por ser presença constante em todos os momentos do meu existir, por ter me dado paciência e sabedoria suficientes para conquistar mais esse ideal; muitas foram as horas em que fraquejei e quase desisti, mas creio que nestas horas *ELE* estava ao meu lado. Obrigada, Senhor!

À minha família, pelo apoio, carinho, incentivo e dedicação, pelos momentos difíceis, de dor, alegria e companheirismo compartilhados durante esta caminhada.

Aos meus amigos pela colaboração compreensão e carinho para comigo.

À Vera Nogueira, minha orientadora, que, através de seus conhecimentos, contribuiu significativamente, para a realização deste trabalho.

À toda equipe da Maternidade Carmela Dutra, por ter permitido a realização dessa experiência, através do estágio.

À Você, não importa que nome possua, mas que se fez presente com uma palavra de apoio, um sorriso, um olhar amigo, contribuindo para o desenvolvimento deste trabalho.

Muito obrigada!

## SUMÁRIO

- Introdução.....	
1- Mulher e Maternidade: Uma História de Desafios.....	
2- Resgatando as Políticas Públicas de Atenção à Maternidade.....	
3- Comitê Estadual de Mortalidade Materna em Santa Catarina: Proposta Atual e Situação Identificada.....	
4- A Gestante de Alto Risco na Maternidade Carmela Dutra.....	
- Considerações Finais.....	
- Referências Bibliográficas.....	

## **Introdução**

A leitura da realidade evidencia-se como processo fundamental na construção do conhecimento, quanto à Instituição onde realizamos o nosso estágio, ou seja, a Maternidade Carmela Dutra - MCD, fonte de referência para o presente estudo.

A MCD é uma unidade descentralizada junto à estrutura da Secretaria de Estado da Saúde e subordinada, diretamente, ao Secretário de Estado da Saúde.

Passados 41 anos desde a sua fundação, a MCD ampliou em muito suas atividades, criando novos e relevantes serviços direcionados à saúde integral da mulher e do binômio mãe-filho; continua, também, prestando atendimento à mulheres de nível social diversificado, provenientes da Grande Florianópolis e



Municípios vizinhos, em situações de saúde/doença, estando ou não relacionadas com as fases do ciclo-gravídico-puerperal.

O setor de Serviço Social na MCD foi implantado em 1966, com (1) assistente social.

Hoje, *a diretriz básica* que fundamenta o trabalho do Serviço Social na Instituição *é a concepção de saúde enquanto serviço e como direito do usuário*. Desta forma, todo o trabalho delinea-se no pressuposto da reflexão, junto aos usuários, quanto aos seus direitos na busca da construção da consciência de cidadania.

O setor Serviço Social conta, atualmente, com quatro assistentes sociais, que dividem o trabalho realizado no setor, de acordo com as unidades existentes que são respectivamente:

Unidade I - Cesárea;

Unidade II - Gestação de alto risco;

Unidade III - Parto normal - alojamento conjunto;

Unidade IV - Parto normal - alojamento conjunto;

Unidade V - Cirurgias ginecológicas;

Unidade VI - Oncologia;

Unidade VII - (Anexo) Pequenas cirurgias;

Unidade VIII - Parto normal - alojamento conjunto.

Assim, cada profissional é responsável por sua(s) unidade(s), não perdendo, no entanto, a noção global da MCD. O atendimento às usuárias externas é realizado por todos os profissionais.

Durante o período em que vivenciamos nosso estágio na Maternidade, acompanhando o atendimento prestado pelo setor de Serviço Social, priorizamos nosso estudo junto às pacientes com gestação de alto-risco.

“A gestação é um fenômeno fisiológico normal, portanto, a sua evolução se dá na maioria dos casos sem intercorrências. Mas há uma pequena parcela de gestantes, que por ter algumas características ou por sofrerem de alguma patologia, apresentam maiores possibilidades de terem uma evolução desfavorável, quer para o feto, quer para a mãe. Esta parcela é a que constitui o grupo chamado de gestantes de alto-risco” (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - Gestação de Alto Risco, Brasília, 1991, p.6)

Compreende-se como uma gestação de alto risco, aquela gestação em que ocorre intercorrências que possam comprometer o binômio mãe-filho.

Os fatores considerados de risco podem ser diversos, indo do biológico ou clínico até os relacionados à assistência à saúde. Todavia, o desenvolvimento seguro de uma gestação, vai depender, em grande parte, da qualificação do atendimento e

assistência prestados à mulher no seu período gestacional, incluindo, essencialmente, a cobertura pré-natal, uma vez que sua insuficiência ou inexistência podem acarretar graves problemas à gestação.

O descaso em relação à saúde da mulher e, efetivamente, com a assistência materna é um forte exemplo de como a sociedade considera a mulher, que sempre sofreu forte discriminação por considerarem-na o sexo frágil, com obrigações que consistiam, basicamente, na submissão ao sexo oposto e na maternidade. Embora a mulher tenha lutado muito contra todo este preconceito, veremos, no decorrer deste trabalho, que ele ainda prevalece, mesmo que minimamente, na sociedade brasileira e entre muitas famílias, principalmente entre as mulheres das classes populares, e com as quais trabalhamos.

Tendo em vista toda esta realidade referenciada e, também, a necessidade que a Unidade apresentava quanto a uma reflexão mais sistemática, no que tange aos aspectos que contribuem para a formação de uma gestação de alto risco, realizamos uma *pesquisa qualitativa*, por entendermos que esta, além de valorizar os aspectos qualitativos, proporciona o resgate de informações que possam vir a contribuir, através do processo de reflexão, com a transformação de muitas das problemáticas experienciadas pelas gestantes. Foi nosso intuito compreender, com mais profundidade, os fatores sociais, econômicos e culturais que norteiam a existência

das mulheres internadas nesta Unidade, analisando, assim, as questões que permeiam este processo de dificuldades vivenciadas pelas mesmas.

Diante de tais considerações os objetivos da pesquisa constituíram-se nos seguintes:

- Descrever o perfil sócio-econômico e cultural das pacientes internadas na Unidade de Gestação de Alto Risco;
- Conhecer as causas mais comuns de Gestação de Alto Risco atendidas pela MCD;
- Identificar como se dá o acompanhamento pré-natal dessas gestantes;
- Resgatar junto às gestantes internadas o significado de ser mãe;
- Identificar as dificuldades encontradas no contexto sócio-econômico e cultural frente à realização do tratamento da Gestação de Alto Risco.
- Situar o contexto da Saúde, evidenciando as políticas de saúde referentes à mulher.

Além dos objetivos acima indicados, esperamos que este estudo, ao aprofundar o conhecimento sobre as necessidades e as propostas de atuação junto à Gestação de Alto Risco, contribua para aprimorar as ações conjunta dos profissionais e setores envolvidos, como o Serviço Ambulatorial, a equipe Médica,

Doutorandas, Residentes, Enfermagem, Nutrição, especialmente, o Assistente Social.

Esta pesquisa ocorreu com as pacientes internadas na unidade II - Gestação de Alto Risco, no período de 15 de junho a 15 de julho de 1996; portanto num espaço de 30 dias.

Foi efetuada, desse modo, uma entrevista semi-estruturada combinando perguntas fechadas e abertas, onde a entrevistada podia discorrer sobre o tema proposto. Utilizamos o diálogo como modo de ampliação de consciência do universo pesquisado e do pesquisador; resultando em uma troca mútua de saberes. E após a coleta, fizemos a tabulação dos dados, sendo os mesmos analisados e interpretados.

Além das entrevistas, fizemos um estudo junto à fontes documentais que retratassem a situação da Gestação de Alto Risco e da Mortalidade Materna.

O resultado obtido foi ordenado da seguinte forma:

Na *primeira parte* do nosso estudo, faremos um resgate histórico dos desafios vivenciados pelas mulheres, bem como, as diversas variações sofridas pela representação da maternidade ao longo dos anos, até os dias atuais.

Na *segunda parte*, evidenciaremos a realidade do Sistema de Saúde vigente no país, e, conseqüentemente, as políticas públicas de atenção à maternidade e a assistência integral à saúde da mulher.

No *terceiro momento*, nos deteremos na questão da mortalidade materna no Estado de Santa Catarina; citando o Comitê Estadual da Mortalidade Materna - CEMMA e suas respectivas finalidades e objetivos, e o coeficiente da frequência da mesma no Estado.

Na *quarta parte*, enfatizaremos a importância da assistência pré-natal, referenciando, neste contexto, a gestante internada na Unidade de Alto risco da MCD, bem como a situação das mulheres que são encaminhadas para atendimento nesta Maternidade.

Para finalizar, tecemos algumas considerações conclusivas sobre o estudo apresentado.

Os estudos sobre a evolução histórica das sociedades retratam uma tendência de ignorar ou mesmo de obscurecer o papel da mulher no contexto cultural, onde é vista como um ser inferior e, portanto tratada marginalmente.

Observa-se, inclusive, que o vocabulário de várias culturas é acentuadamente masculino; exaltando o homem como decisório, formulador e controlador de normas e regulamentos, e a mulher, relegada à situação de maioria marginal no silêncio e na submissão.

O tratamento à mulher, seu poder e papéis desempenhados variam muito de cultura para cultura e em períodos diferentes na história das tradições culturais.

Nesse enfoque foi que Simone de Beauvoir afirmou:

“ Não se nasce mulher, torna-se mulher.”

“ O masculino e o feminino são criações naturais e, como tal, são comportamentos apreendidos através do processo de socialização que condiciona diretamente os sexos específicas e diversas” ( Alves apud Serafim, 1994).

Sendo assim, e considerando que o papel e as tarefas do homem e da mulher são compreendidos de acordo com os padrões culturais próprios de cada sociedade, observa-se que o tom do qual se reveste a maioria dos trabalhos antropológicos, realizados até a década passada, é de quase desinteresse pela figura da mulher - relegada a uma posição secundária na sociedade com atividade limitada aos trabalhos domésticos e, principalmente no papel de mãe.

No que tange à sexualidade, as mulheres também sofreram e sofrem uma discriminação mais íntima e ameaçadora, ou seja, aquela que se faz no estreito território do seu corpo, uma das leis mais antigas - a do comando do homem sobre a sexualidade da mulher.

Ao corpo se aplicam as crenças, os sentimentos e os tabus referenciados pela sociedade, na qual, a cultura cria seus contornos externos, instituindo os limites para a mulher.

“O sexo assume para a mulher função de dever, estas são transformadas então em máquinas de serviços ou objeto de cama e mesa” (Stuart apud Serafim, 1994,p.17-18)

A experiência negativa que a mulher relaciona com o seu corpo, desempenha um papel fundamental na determinação de sua auto-estima, diretamente atingida no momento que ela internaliza o seu valor limitado *a doar-se apenas aos outros.*

Neste contexto da sexualidade e dos papéis de gênero determinados para a mulher na sociedade, encontramos de maneira muito forte, quase como uma verdade absoluta, a questão da *Maternidade* como um “dom” natural e obrigatório à construção da feminilidade.

“... A maternidade é ainda hoje, um tema sagrado. Continua difícil questionar o amor materno, e a mãe permanece em nosso inconsciente coletivo, identificada a MARIA, símbolo do indefectível amor oblativo.” (Badinter, 1985, p.9)



A partir desta contextualização, pode-se constatar que “a mulher nasce e é educada para ser mãe”. O Amor e a Maternidade que devem acompanhá-la, estariam inscritos na natureza feminina.

“ O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas a sua nova condição.” (Ibid., p.20).

Elizabeth Badinter, em sua pesquisa histórica sobre a maternidade, procura esclarecer algumas questões que várias e várias gerações vêm se questionando, discutindo, e que, certamente vem sendo alvo de grandes debates entre famílias, educadores e pesquisadores. *Será que o amor materno é um instinto, uma tendência feminina inata, ou depende, em grande parte de comportamento social, variável de acordo com época e os costumes?*

Segundo Badinter (Ibid.,p.21), há algum tempo, os conceitos de instinto e de natureza humana perderam prestígio. Assim, o instinto materno não está em circulação. Não obstante, rejeitado o vocábulo, resta uma idéia bastante tenaz de Maternidade que apresenta notável semelhança com o antigo conceito abandonado.

Mesmo reconhecendo as atitudes maternas como não pertencentes ao domínio do instinto, continua-se a pensar que o amor da mãe pelo filho é tão forte e

quase geral o que possivelmente situa-se como herança genética. E apesar das intenções liberais, vimos sempre como aberração ou “escândalo”, a mãe que não ama o seu filho. Estamos sempre prontos a tudo explicar e justificar, e de preferência, admitir o fato em sua brutalidade. No fundo de nós mesmos, repugnamos pensar que amor materno não é indefectível; talvez, porque nos recusemos a questionar o amor absoluto de nossa mãe.

“ O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, e incerto, frágil imperfeito. Contrariamente aos preconceitos ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina. Observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse e a dedicação à criança se manifestam ou não se manifesta. A ternura existe ou não existe. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ao menos passando pelo nada ou quase nada.” (Ibid., p. 22-23).

Tais aspectos se expressam nas variações sofridas pela representação da maternidade, ao longo dos anos, até os dias atuais.

É, em função das necessidades e dos valores dominantes de uma determinada sociedade, que se determinam os papéis respectivos pai-mãe-Filho; e se essa mesma sociedade valoriza ou deprecia a maternidade, a mulher será, em maior ou menor escala, boa mãe.

Além desses valores, delineia-se um outro fator importante na história do comportamento materno, que se traduz na surda luta dos sexos, - a dominação de um

sobre o outro. Nesse conflito entre homem e mulher, a criança desempenha um papel essencial. No séc. XVII, o poderio do marido e do pai predomina e muito sobre o amor. A razão era simples - toda a sociedade repousava no princípio da autoridade masculina.

O amor parecia ser muito débil para que, sobre ele, se construísse alguma coisa. Dessa forma, não causa espanto constatar - o modelo do bom amor conjugal é aquele que une duas pessoas do mesmo sexo. Marido e mulher devem ser amigos, e não amantes, a não ser por acidente ou necessidade vital.

O período que antecede a metade do século XVIII, é muito marcado pela ausência do amor, enquanto valor familiar e social, não que ele não existisse, todavia não ocupava a posição, nem a importância atualmente a ele conferida. Contudo, na época, essa imagem do amor de certa forma negativa, impedia que ele constituísse, prioritariamente, o laço união dos membros da família. Em lugar da ternura, é o medo que domina o âmago de todas relações familiares. A menor desobediência ao pai ou ao substituto dele, recorre-se ao açoite. Esta prática, por muito, tempo foi comum nas classes populares e burguesas. E é nesse clima, que temos de situar a antiga atitude materna - violência e severidade eram o quinhão da esposa e do filho. A mãe não escapava a esses costumes.

No final do século XVIII, o amor materno aparece como um conceito novo. Não se ignora que esse sentimento existiu em todos os tempos, se não todo tempo e

em toda parte; mas o que é novo, é a exaltação do amor materno como um valor, ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Alguns mais cínicos, verão nele, a longo prazo, valor mercantil.

Igualmente nova, é a associação das duas palavras, “*amor*” e “*materno*”, que significa, não só a promoção do sentimento, como também da mulher enquanto mãe. Deslocando-se, insensivelmente, da autoridade para o amor, o foco ideológico ilumina cada vez mais a mãe, em detrimento do pai que entrava, aos poucos, na obscuridade.

“O novo imperativo é, portanto, *a sobrevivência das crianças*, pois a perda delas, passa, agora, a interessar ao Estado, que procura salva-las da morte. Assim, o importante já não é tanto o segundo período da infância (depois do desmame), mas a primeira etapa da vida, a qual os pais se haviam habituado a negligenciar, o que era, não obstante, o momento da maior mortalidade” (Ibid, p.146).

Com base nesse interesse, era necessário convencer as mães a se aplicarem às tarefas esquecidas, para que fosse possível operar o salvamento das crianças. Mas para persuadí-las a retomar os sentimentos maternos e a “*dar novamente o seio*”, foi preciso que vários moralistas, médicos, administradores e religiosos se colocassem em campo e expusessem seus argumentos mais sutis. Parte das mulheres foi sensível à nova exigência, isso devido a um outro discurso mais sedutor - o da felicidade e da igualdade que as atingia acima de tudo.

No que concerne à igualdade, parece que a Filosofia da segunda metade do século XVIII se antecipou e de longe à prática cotidiana. É verdade também, que ela militou mais pela igualdade dos homens entre si, do que pela igualdade entre os seres humanos: o Homem, a Mulher e as Crianças. Ainda assim, uma corrente igualitária e libertária atravessa a sociedade no final do século. Vê-se modificar a condição do pai, da mãe, e mesmo a da criança no sentido de uma maior homogeneidade.

A imagem do pai e seu poder se transforma - o poder paterno passa a ser, simplesmente, ajuda momentânea por meio da qual se compensa a fragilidade da criança.

Segundo as idéias de Rousseau apud Badinter (1985, p.166)

“ o conceito de paternidade não tem lugar na natureza. Mas no estado social que é o nosso, e talvez o único que jamais tenha existido, o homem atribuiu-se funções paternas: a autoridade que acompanha a proteção do filho.”

Embora a condição da mulher não tenha se modificado de forma notável no séc. XVIII, a da esposa mãe progrediu. No final deste século, o comportamento do marido para com a mulher parece modificar-se na teoria e na prática. Por um lado, a nova moda do *casamento por amor*, transforma a esposa em companheira querida; por outro, os homens responsáveis querem que as mulheres desempenhem um papel mais importante na família e junto aos filhos.

O primeiro índice de uma mudança do comportamento materno é, certamente, a vontade *nova* de amamentar ela própria o filho; excluindo qualquer outra pessoa. Pouco a pouco, deitava raízes a idéia de que os cuidados e o carinho da mãe eram fatores insubstituíveis da sobrevivência e do conforto do bebê.

É importante mencionar que nem todas as mulheres aderiam aos costumes da nova mãe; isto por razões diferentes, uma das outras.

Subsistem, então, grandes diferenças entre as atitudes das mães, que reagem diferentemente, segundo sua classe social. Os recursos econômicos e também, as ambições das mulheres condicionam, amplamente, seu comportamento de mãe. Problema e necessidade para umas, imposição ou opção para outras - a chegada do filho na família é, diferentemente, vivida pelas mulheres.

Enriquecida de novos deveres, a maternidade adquiri agora outro sentido; descobriu-se que a mãe deveria igualmente assegurar a educação dos filhos e ter uma parte importante em sua formação intelectual.

Tomou-se consciência de que a mãe não tem apenas uma função "*animal*", competindo-lhe, também, o dever de formar um bom cidadão, um homem, que encontre o melhor lugar possível na sociedade. A mãe do século XX arcará com uma última responsabilidade - *o inconsciente e os desejos dos filhos*.

Enclausurada em seu papel de mãe, a mulher não poderá evitá-lo sob pena de condenação moral. Foi essa, durante muito tempo, uma causa importante das

dificuldades para o trabalho feminino, assim como a razão do desprezo ou da piedade pelas mulheres que não tinham filhos e do opróbrio daquelas que não os queriam.

As mulheres mais reconhecidas pela sociedade eram as que manifestavam com alegria, o fato de ter filhos. As outras, em grande número, não puderam, sem angústia e culpa distanciar-se do novo papel que lhes queriam impor e tudo por uma simples razão - tomara-se o cuidado de definir a *“natureza feminina”* de tal modo, que ela implicasse todas as características de boa mãe. Assim, tentavam, da melhor forma possível, imitar o modelo imposto, ou tentavam distanciar-se dele, pagando caro por isso. Acusadas de egoísmo, de maldade e até de desequilíbrio, àquela que desafiava a ideologia dominante só restava assumir, mais ou menos bem, sua *“anormalidade”*, que como em quase toda diferença, é difícil de se sobreviver.

Hoje, já não estamos mais exatamente nesta situação. Certos indícios parecem anunciar que uma outra *“revolução familiar”* começou. Dois séculos depois do Rousseauismo, o projeto desloca-se para o lado do pai, não para devolver à mãe a obscuridade, mas para melhor iluminar, pela primeira vez em nossa história, o pai e a mãe ao mesmo tempo.

“Em dois séculos, a imagem do pai modificou-se de forma considerável. No século XVIII, ele era considerado como *“o lugar-tenente de Deus”* e o sucedâneo do rei na família (...). O século XIX mostrará a vacuidade desses atributos reais.

Entretanto foi necessário esperar o século XIX para se perceber que o pai de família podia ser ignorante, falível e malvado” (Badinter, 1985,p.288).

Ao contrário da mãe má, que não pertence a nenhuma classe social, o mau pai é considerado geralmente, o homem pobre, o operário. É, também, o homem desprovido de educação, que não sabe, por exemplo, inculcar nos filhos os valores morais e sociais, o pai do futuro delinquente.

No século XIX, o Estado, que se interessa cada vez mais pela criança, vítima, delinquente ou carente, adquire o hábito de vigiar o pai. A cada carência paterna devidamente constatada, o Estado se propõe a substituir o faltoso, criando novas instituições.

É preciso, portanto, admitir, com toda justiça, que o homem foi despojado de sua paternidade . Reconhecendo-o somente numa função econômica, distanciaram-no progressivamente, no sentido literal e figurado, de seu filho. Assim, tudo parece indicar, em nossa sociedade regida por homens, que essa privação não se realizou sem a aquiescência da própria vítima.

Vimos então, que a mãe continua sendo a principal fonte doadora de amor para o recém-nascido; é a ela que está reservado o prazer ou o fardo de assumir esse primeiro corpo-a-corpo vital para a criança. Mas parece que tudo isso está sendo questionado pelas mulheres; não que elas se afastem por completo destas tarefas,



todavia mostram, através de vários sinais, que desejam compartilhar com o marido o amor pelo filho e o sacrifício, como se estes não lhes fossem inerentes.

Além disso, as mulheres estão mais sensíveis a dualidade dos papéis materno e feminino. Fala-se muito da harmonia, da complementaridade e mesmo dos benefícios desses papéis para a criança, mas raramente se evocaram os problemas que podem suscitar para a mulher. A única solução sugerida para colocar um ponto final neste conflito de papéis é eliminar um deles, ou seja, acabar com o trabalho feminino fora do lar. Em vão, pois as mulheres se recusam a aceitar. E, cada vez mais, um número maior de mulheres evita o trabalho doméstico e a atividade materna, partindo para a vida *“ativa”*.

Segundo Badinter (Ibid,p.346), nem mesmo os “duzentos anos de ideologia materna e o desenvolvimento do processo de “responsabilização” da mãe modificaram radicalmente as atitudes. E mesmo quando trabalham, as mulheres do século XX permanecem infinitamente mais próximas dos filhos e preocupadas com eles do que as de outrora. Uma vez mais, porém, temos a prova de que a maternidade não é sempre a preocupação primeira e instintiva da mulher; de que não necessariamente o interesse da criança prevalece sobre o da mãe, de que, quando são libertadas das funções econômicas, mas tem ambições pessoais, as mulheres nem sempre escolhem - longe disso - abandoná-las (...). Parece, portanto,

que não há comportamento materno suficientemente unificado para que se possa falar de instinto ou atitude materna em si”.

Hoje as mulheres reivindicam o direito absoluto a “não ter filhos”; rejeitam a “alternativa” e o “sacrifício” e estão antes decididas a mudar o comportamento dos homens. Não só, já não desejam ter filhos para merecer o título de “*mulher realizada*”, como exigem para aceitar procriar, que se partilhem com elas todos os encargos da maternagem e da educação.

Contudo, ao percorrermos, mesmo que de forma sintetizada, a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno, conforme afirma Badinter, é um *mito*. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe, e sim, contrariamente, constatamos a grande variabilidade de seus sentimentos de acordo com sua cultura, ambições ou frustrações. E contrariando a crença generalizada em nossos dias, *o amor materno* não está profundamente inscrito na natureza feminina. Ele não é inerente às mulheres. É adicional. É algo que se adquire.

Concluimos portanto, após estas reflexões baseadas no trabalho de Elizabeth Badinter, que o amor materno, tal como os demais sentimentos humanos, sofre variações de acordo com as alterações culturais e sociais da história de cada povo e de cada geração.

Finalizando, constatamos que a mulher, enquanto mulher e mãe, vem, ao longo dos tempos, enfrentando muitos obstáculos, no entanto está conseguindo, de forma bastante satisfatória, conquistar o seu espaço, mostrar o seu potencial, e adquirir o direito de optar por aquilo que considera ser o mais conveniente para si, e também, em muitos casos, para a sua própria família.

## **2- Resgatando as Políticas Públicas de atenção a Saúde da mulher.**

A situação feminina, descrita no item anterior, explica, muitas vezes, o descaso com as situações de desigualdade, injustiça e exclusão que vitima as mulheres.

Na área da saúde, esse fato é verificado de forma ainda, mais grave, pois a exclusão e os critérios de seleção altamente discriminatórios atingem não somente às mulheres, mas também a grande maioria da população.

Mais de dois terços da população brasileira não dispõe de renda suficiente para assegurar o acesso à condições de vida que respeitem os mínimos direitos da cidadania. *Trinta e dois milhões de brasileiros passam fome*; são milhões os brasileiros que estão sujeitos à doenças como tuberculose, malária, e outros, males

esses inexistentes nas sociedades mais justas. As condições de saúde da população encontram-se entre as mais precárias.

Em outras palavras, o modelo econômico dominante no Brasil, nas últimas décadas, apresenta como resultado uma desigualdade social num quadro desalentador de recessão e desemprego, que clama por uma solução urgente.

Sabemos portanto, que a realidade da saúde no Brasil, nos últimos anos, é muito precária, e tem sido freqüentes nos jornais e revistas, manchetes relativas a precariedade do atendimento nas maternidades, hospitais do país. Os problemas levantados vão desde a negligência e imperícia médicas, até as questões estruturais referentes à organização dos serviços de saúde.

O desenvolvimento das políticas de saúde tem revelado que o atendimento às necessidades da população está muito longe de contar com a cobertura da prestação dos serviços oferecidos.

A antiga tendência dessas políticas de restringirem as necessidades de saúde ao atendimento médico, tem desconsiderado as reais condições de vida de seus usuários e reforçado o caráter curativo da atenção à saúde. “E isto tem contribuído para relacionar a atenção a doença e da possibilidade de sobrevivência”( Cohn apud Souza, 1995, p. 58).

Dentro desta realidade, a população tem procurado os serviços de saúde por ocasião da manifestação das doenças e não pela necessidade de manutenção e

garantia de sua saúde. “A saúde, portanto, dificilmente é percebida como uma questão de cidadania, e a concepção que predomina não se baseia no âmbito coletivo.” (Ibid, p.59). O que se estabeleceu dentro da prestação de serviço de saúde foi o acesso à saúde como direito de caráter contributivo.

“Ao longo dos tempos, as políticas de saúde cristalizaram uma concepção de direito à esta bastante limitada. O acesso desigual da população à assistência tem origem na inserção diferenciada dos trabalhadores no mercado de trabalho . A base racional para esse fato repousa na concepção do direito como um privilégio vinculado a contribuição Previdenciária e/ou seguros - saúde privados. Fundada nesta mesma argumentação, estabelece-se a divisão entre população assalariada e não assalariada, sendo a última orientada para o setor público e filantrópico. Assim, o direito à saúde passa a significar gratuidade” (Cohn & cols apud Nogueira, 1994, p.27).

Outra concepção de saúde forjada no imaginário da população é o direito à saúde como acesso único e exclusivo à assistência médica, embora de eficiência e qualidade precárias na grande maioria das vezes.

A saúde ganha espaço nas discussões que acontecem nas Conferências Nacionais, sendo a de 1986 muito significativa por várias razões, destacando-se entre elas a alteração da concepção de saúde. A partir desse evento considerou-se teórica e politicamente uma redefinição de saúde.

“A saúde não é conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (...)

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (Anais da 8ª Conferência Nac. de Saúde, 1987, p.382, apud Nogueira, 1994, p.28).

A ampliação do conceito de saúde que subsidia esta “*nova*” concepção, inclui nos seus elementos, determinantes, as condições de alimentação, educação. (...) e também acesso aos serviços de saúde. Dentro deste contexto, a saúde assume, a nível legal, a condição básica de cidadania, onde é expressão de direitos de todos os indivíduos e dever do Estado garanti-la via políticas econômicas e sociais que assegurem a proteção da população aos riscos de adoecer e morrer, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Em consequência deste novo conceito, tornou-se necessário a constituição de uma concepção mais ampliada sobre o direito à saúde, buscando alternativas concretas que respondam às reais necessidades da população.

Essa construção inicia-se com a Constituição Federal de 1988, com a incorporação de uma política de saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS, que

encerra a dicotomia sistêmica até então vigente, priorizando setor público na orientação, condução e execução das ações e serviços de saúde.

O passo seguinte foi a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8142/90), na qual se reafirmou o direito do cidadão de receber atenção à saúde e a obrigação do Estado no seu provimento. Nela estão definidos, com clareza, as diretrizes políticas do Sistema e os princípios fundamentais para a organização do modelo Assistencial que se pretende equitativo, descentralizado, participativo e integral.

Um dos princípios do SUS - a universalização do atendimento - rompe com a tradicional distinção dos usuários entre previdenciários e não-previdenciários; como já vinha ocorrendo a partir da implantação das ações integradas de saúde.

Nos anos seguintes à aprovação e à legalização do sistema idealizado, assiste-se o esforço dos municípios, nem sempre respaldados pelos respectivos Estados, em assumir, cada vez mais, a atenção à saúde dos cidadãos; e também a participação crescente da população na definição das políticas de saúde e no controle da aplicação dos recursos municipais aplicados a mesma.

Observa-se que, com o aumento da demanda em cumprimento às diretrizes de universalidade do acesso e equidade no atendimento, a rede de serviços disponíveis, em larga extensão, tornou-se incapaz ou insuficiente para prestar assistência de boa qualidade.



Vimos assim, após esta explanação referente a nossa política de saúde, que não bastam os avanços conceituais da proposta da mesma, ou seja, do SUS; é necessário que se estabeleçam estratégias que ressaltem os inúmeros problemas operacionais existentes. O Brasil apresenta-se dicotômico; de um lado a precariedade do serviço público representada pelo SUS, de outro, o segmento privado com as diferentes modalidades de seguro - saúde, do qual a maioria da população se encontra excluída pela limitação de seus rendimentos. Os altos índices de mortalidade e morbidade materna e perinatal são apenas as repercussões mais visíveis desse processo de desumanização das práticas de saúde; o que se verifica é um processo diferenciado de acesso a esses serviços, segundo a condição econômica - de um lado as gestantes que podem financiar a sua assistência pré-natal e o parto através dos planos de saúde privados e, de outro, as que ficam à mercê dos serviços públicos com reduzidas vagas e longas esperas.

A assistência ao parto é a manifestação mais evidente de *como a sociedade considera a mulher, a maternidade e a criança*.

A organização dos serviços, os horários de atendimento e as rotinas utilizadas se dão muito mais em função das necessidades das instituições e comodidade dos profissionais do que das usuárias. São diversos os procedimentos invasivos utilizados nas rotinas hospitalares, que nunca foram, cientificamente, comprovados como benéficos à saúde de mães e suas crianças.

Todo esse descaso com a assistência materna no período pré e perinatal é inaceitável, quando sabemos que, cerca de 60% da mortalidade infantil no país é devida à causas ligadas à gestação e ao parto, e os altos índices de mortalidade materna observadas no Brasil o colocam em companhia dos mais atrasados do mundo.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID na sua 9ª Revisão, define morte materna como a “ morte de uma mulher durante a gestação, parto ou dentro de 42 dias após o término da gestação, independentemente da localização ou duração da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas com relação à elas, porém não devidas à causas acidentais ou incidentais.”

A mortalidade inclui, portanto, não só as mortes resultantes de eventos ou complicações diretamente relacionadas com a gravidez, parto e puerpério. (Obstétricas Diretas), mas também, aquelas decorrentes de causas não-próprias do ciclo gravídico-puerperal, que se agravam ou complicam neste período da gestação (Obstétricas Indiretas).

A 10ª Revisão da CID, que entrou em vigor em 1º de Janeiro de 1996, introduz o conceito de *morte materna tardia*, definida como morte da mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas após os 42 dias de puerpério. Essas mortes eram até então desprezadas e não podiam ser incluídas no capítulo das

complicações da gravidez, parto e puerpério, o que gerava também submensuração da mortalidade materna, principalmente quando se considera os avanços ocorridos na Medicina, que permitem uma maior sobrevivência da mulher.

*O óbito materno é o dano à saúde mais indesejável que pode acontecer, já que nenhuma espécie, e muito menos a espécie humana, pode correr o risco de morte ao querer se perpetuar, uma vez que se trata aqui de função biológica essencial.*

Segundo estimativas morrem, aproximadamente, 5000 mulheres a cada ano no Brasil, por problemas ligados à gravidez, parto e puerpério. Estima-se ainda, que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas, ou seja, 4900 mortes não deveriam estar ocorrendo, se as condições de vida dessas mulheres e os serviços de atenção à saúde fossem melhores.

No aspecto das causas, tomando o Brasil como um todo, verifica-se que as Toxemias, Hemorragias, Infecção puerperal e Abortamento, nesta ordem, se constiuem nas principais causas; todas elas passíveis de redução, mediante um processo de reorganização da assistência, principalmente, se concentrando esforços na captação precoce de gestantes, aumento da cobertura do Pré-natal para ultrapassar 80% e melhoria da qualidade de assistência à gestante e à parturiente, em geral.

O coeficiente de Mortalidade Materna que mede o risco de uma mulher por uma dessas causas, é utilizado como indicador na avaliação da magnitude do problema é calculado através da relação entre o número de óbitos maternos num determinado local e período e o total dos nascidos-vivos na mesma área e período. O resultado é normalmente multiplicado por 10.000 ou 100.000

Ex.: 
$$\frac{\text{Número de óbitos maternos, num determinado local e período} \times 100.000}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período}}$$

Alguns fatores podem distorcer o resultado desse coeficiente ao se referirem à qualidade dos dados utilizados, tanto no numerador como no denominador. Em relação ao numerador, além do sub-registro de óbitos, o problema é a sub-notificação da morte materna, ou seja, o fato do atestado de óbito omitir a informação de tratar-se de um óbito relacionado, direta ou indiretamente, com o ciclo gravídico puerperal. Esse fato faz com que a mortalidade materna apareça fortemente subestimada.

Essa subnotificação decorre, não só dos óbitos sem assistência médica, cujas declarações de óbitos são preenchidas nos cartórios de registro civil, sem causa de óbito, mas principalmente, do preenchimento incorreto da declaração pelo médico atestante que, na maioria das vezes, desconhece a importância de informar no atestado, que a mulher estava grávida no momento da morte ou que a morte se seguiu ao parto.

Com o objetivo de diminuir a omissão das mortes maternas, foi implantada recentemente o modelo de declaração de óbito, que inclui um espaço reservado para identificar o óbito da mulher em idade fértil, mas não se garante que este passe a ser corretamente preenchido; é necessário, portanto, investir em treinamento dirigido aos responsáveis pelo preenchimento do mesmo.

Algumas pesquisas realizadas, permitem estabelecer uma correção para o numerador do coeficiente de mortalidade materna que varia de acordo com as regiões geográficas do Brasil. Para a Região Sul, o fator de correção proposto seria igual a 2,04, ou seja, antes de se calcular o indicador, o número de óbitos maternos deve ser multiplicado por esse valor.

No denominador, como estimativa da população exposta ao risco, utiliza-se o número de nascidos vivos. Esse número têm, ainda, como fonte os registros de nascimentos nos cartórios, o que traz como problemas, não apenas a questão do sub-registro e registro tardio de nascimentos, como também a dificuldade de se obter informação em tempo oportuno, pois O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE demora, a média de três anos, para torná-las disponíveis ao público. Esse problema deverá ser contornado assim que o Sistema de Informações sobre Nascidos-Vivos - SINASC, gerar informações confiáveis sobre o número de nascidos-vivos, já que este sistema coleta informações diretamente nas Instituições de Saúde, quando o parto é hospitalar, e nos cartórios, no caso de partos

domiciliares. Mesmo com as limitações referentes à conceituação e cálculo do coeficiente da mortalidade materna, ele é considerado um dos indicadores mais sensíveis e importantes da qualidade dos serviços de atenção materno-infantil; uma vez que permite, não só uma avaliação qualitativa dos serviços, como reflete, também, a cobertura desses serviços, especialmente quando associados ao indicador de proporção de partos hospitalares e/ou assistidos por pessoal capacitado.

A redução da mortalidade materna depende muito da capacidade dos serviços de promover o acompanhamento pré-natal, com a identificação da gravidez de alto risco, da atenção do parto e ao puerpério, além, é lógico, de fatores como condições de saúde e nutrição pré-existentes.

A análise do comportamento do coeficiente de mortalidade materna serve de subsídio para comprovação desses fatores, devendo, por isso, ser utilizada como instrumento de qualquer plano de redução dessa mortalidade.

Como já mencionamos, os índices de morte materna no Brasil apresentam-se muitas vezes superior aos países desenvolvidos - o que traduz as precárias condições de sobrevivência da população, principalmente das mulheres, e, também, da fragilidade dos serviços de saúde na resposta aos problemas não identificados no período gravídico-puerperal.

A melhoria dessas condições é um desafio a ser superado, e para tanto, se faz necessário quantificar a mortalidade de mulheres pelas chamadas causas

maternas. Desta forma necessitamos definir estratégias capazes de reduzir a magnitude desse problema.

Considerando-se toda essa problemática, o Brasil comprometeu-se a reduzir seu coeficiente de mortalidade materna em 50% até o ano 2000 e assinou o Plano Regional de Redução da Mortalidade Materna durante a 23ª Conferência Panamericana de Saúde em 1990. O Ministério da Saúde já tinha essa preocupação desde 1984, e com assessoria técnica da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) cujo objetivo é a redução da morbi-mortalidade da mulher nas diversas fases do seu ciclo vital o que representa um “*Modelo assistencial*” para saúde (Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 1994, p.07).

Desde 1988, quando foi realizado o seminário sobre “Intervenções Para Redução da Mortalidade Materna para o Brasil e Países Africanos de Línguas Portuguesa” o Brasil vem implantando os Comitês de Mortalidade Materna; primeiro pela realização de seminários macro-regionais e, posteriormente, pela realização de treinamentos específicos em cada Estado, para a Implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna. Atualmente, existem no Brasil treze Comitês, oficialmente implantados. Assim reafirmando seu compromisso com a redução da mortalidade materna, o Ministério da Saúde, em 1994, tomando como base o Manual do Comitê da Mortalidade Materna do Paraná,

elaborou o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM) e publicou as seguintes portarias:

“- Concedendo 40% a mais nos pagamentos de consulta pré-natal, como forma de estimular esta prática médica;

- concedendo pagamento de 10% a mais aos hospitais classificados como Amigo da Criança, como estímulo, orientando às mães sobre o Cartão da Criança, incentivo ao aleitamento materno, dinamização das rotinas do hospital tanto na parte de consultas obstétricas como de pediatria, evitando o quanto possível a cesariana e organizando o sistema de referência para com a comunidade;

- instituindo o dia 28 de maio como o ***Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna;***

- criando a Comissão Nacional de Mortalidade Materna com o objetivo de manter atualizado amplo diagnóstico da situação da mortalidade materna no Brasil, enfocando todos os seus múltiplos aspectos sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que facultem ações específicas na solução ;

- propondo normas, instrumento legais e princípios éticos que concretizem as diretrizes básicas estabelecidas a partir dos levantamentos das necessidades detectadas, acompanhando as ações do



Ministério da Saúde no processo de articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na questão;

- oferecendo subsídios para aperfeiçoamento da política do Setor de Saúde na área de mortalidade materna e estabelecendo correlações com os Comitês Estaduais, Regionais Municipais”. (Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna, 1995,p.06)

Os Comitês de Mortalidade Materna nos Estados e nos Municípios tornaram-se a mais importante chance estratégica para redução da Morte Materna, forçando com isso caminhos para uma nova política de saúde que se inicia a nível familiar e comunitário, que perpassa a organização, a referência e a contra-referência dos serviços de saúde (Postos de Saúde, Ambulatórios, Maternidades e Hospitais), e dos meios de comunicação de massa, culminando pela melhor formação e acompanhamento do desempenho dos profissionais da Área da Saúde e da solidariedade humana em todos os níveis.

Os objetivos principais de um Comitê de Morte Materna são guiar as ações, interpretar e informar os dados achados e, avaliar o próprio sistema. Na maioria dos casos compreende um ou mais dos seguintes objetivos específicos:

- “Conscientizar os formuladores de políticas, os responsáveis pela execução, o pessoal de saúde e a comunidade sobre a Mortalidade Materna - sua gravidade, efeitos sociais e de saúde e a possibilidade de prevenção;
- Incentivar o conhecimento sobre as causas de Mortalidade Maternas e os fatores de risco associados (Serviços de Vigilância Epidemiológica de Morte Materna);
- Realizar investigação epidemiológica onde e quando seja indicado;
- Avaliar o efeito das intervenções sobre a morbidade e mortalidade Materna e a qualidade da atenção;
- Determinar a relação entre as condições de vida e os riscos de Mortalidade Materna;
- Recomendar e promover as ações adequadas quanto à legislação, distribuição de recursos, implantação de serviços e participação comunitária;
- Garantir a comparabilidade de estatísticas de Mortalidade Materna, a nível nacional, regional e local, fortalecendo e/ou adequando os sistemas estatísticos disponíveis, com a finalidade de examinar as

tendências da Mortalidade e identificar os sub-grupos da população de maior risco de efeitos maternos adversos;

- Incorporar no Sistema Nacional de Informações de Saúde o modelo de coleta e análise dos dados sobre Mortalidade Materna”. (Manual do comitê de mortalidade materna, 1994, p. 38-40)

No que tange ao caráter dos Comitês, eles são interinstitucionais, multiprofissionais e devem atuar com características técnico-científicas, sigilosas, não coercitivas ou punitivas (a punição não é um mecanismo eficaz para a redução da , mortalidade materna). Fica evidente que os Comitês têm uma função essencialmente educativa, visando à prevenção dos condicionantes do obtuário materno.

Quanto à forma de constituição dos Comitês, não existe uma fórmula padrão; tudo depende das características das Instituições e da população de cada região. O ponto fundamental é que devem ser constituídos por pessoas de várias instituições; pessoas essas relacionadas com o atendimento na área materna ou de grande capacidade técnica para desempenhar a referida função (Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 1994, p.38-40).

É, através da criação dos Comitês Estaduais e Municipais de Mortalidade Materna, que se começa a estruturar e implantar o Sistema de Vigilância

Epidemiológica da Mortalidade Materna. Essa implantação obedece ao propósito de contar com a informação específica e permanente sobre o comportamento de um problema de saúde coletiva que permite orientar o desenvolvimento de intervenções eficazes para o controle do mesmo.

Assim o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna estruturado com as diversas Instituições interessadas em promover a saúde reprodutiva da mulher visa, essencialmente, avaliar, de forma permanente, a qualidade dos serviços oferecidos para atender as necessidades de saúde da mulher e tentar, superar os problemas a ela relacionados. Por isso, deve ser bem estruturado, seguindo as características organizacionais do SUS, em três instâncias:

- 1) **Busca Ativa** - A função básica da “busca ativa” é realizar controle e vigilância permanente com base nos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), além da identificação de outras fontes, formais e informais (altas hospitalares por óbito DATASUS, notificação de hospitais ou maternidades, etc.); no sentido de procurar uma maior abrangência do problema.

A “busca ativa” deve ser a função do próprio Poder Público, seja ele municipal ou estadual, e para tanto devem ser organizados Comitês Regionais, no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde ou, na sua

ausência, pela identificação de um funcionário em cada Município que possa notificar os casos de morte materna.

Um outro objetivo é o de reduzir o sub-registro dos óbitos maternos a nível local ou institucional e o conseqüente reajuste dos valores do coeficiente.

2) **Auditoria Das Mortes Maternas:** Uma vez que se disponha da informação completa de cada caso (óbito materno), o conjunto dos mesmos deve ser analisado por um grupo de peritos (especialistas em Obstetrícia, em Organização de Serviços, e Epidemiologia), o qual deve preparar Relatórios, onde, além da classificação dos óbitos, elaboração de coeficientes, identificação dos determinantes e fatores de risco, estejam bem explicitadas as medidas que o Sistema de Saúde deve utilizar, visando com isso, a redução das mortes maternas, seja de forma direta ou indireta por meio da mobilização de outros setores da sociedade.

3) **Mobilização da Sociedade para a Superação dos Problemas:**

Por refletir a situação geral de vida das populações, a problemática de saúde transcende o âmbito de atuação do Setor de Saúde e portanto , a

sua superação exige a participação coordenada de vários setores envolvidos.

Assim, a organização de Comissões de Promoção de Saúde da Mulher se constitui em estratégia não só interinstitucional como intersetorial, para a mobilização de recursos, com vistas a organizar a assistência integral à saúde da mulher; medida essencial para reduzir a mortalidade materna. Na impossibilidade de se dispor dessas Comissões, o próprio Comitê Estadual deve desenvolver essa ação política.

Vimos portanto, que a medida em que estes Comitês forem sendo formados, as mortes maternas serão identificadas através do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil; e estas, efetivamente informadas no atestado de óbito como tais, serão repassadas aos respectivos Comitês, que a partir daí irão pesquisar as condições em que ocorreram os referidos óbitos, a fim de definir se seriam evitáveis e em caso positivo, apurar as responsabilidades, e propondo ainda medidas de prevenção.

Considerando a gravidade da problemática apresentada quanto ao alto índice de mortalidade materna no Brasil, concluímos a real necessidade dos Estados investirem seriamente, na estruturação e implementação destas estratégias propostas pelo Ministério da Saúde, para a redução dos coeficientes de mortalidade materna,

em nosso país. Entendemos que todo este processo terá bons resultados, a partir do momento em que conseguirmos trabalhar a sensibilização e a conscientização de todos os profissionais ligados a Área da Saúde e, principalmente, da sociedade quanto à prevenção da Mortalidade Materna, e o grave problema social que esta representa para a sociedade como um todo, e portanto precisa ser enfrentado com muita seriedade.

### **3. Comitê Estadual de Mortalidade Materna em Santa Catarina: Proposta atual e situação identificada**

Após referenciarmos a problemática da Mortalidade Materna a nível de Brasil, nos deteremos, a partir deste momento no Estado de Santa Catarina. Em decorrência da proporção significativa em que estas mortes maternas vêm ocorrendo no Estado, percebeu-se a necessidade de implantação de estratégias voltadas para a redução das mesmas, forçando assim a criação do Comitê de Mortalidade Materna - CEMMA. Esse Comitê está vinculado à Coordenadoria de Saúde Pública e foi instituído pelo Secretário de Estado da Saúde, pela Portaria nº0134, de 22 de fevereiro de 1995 e publicada no Diário Oficial do Estado, nº15.143 de, 14 de março de 1995. Ele tem caráter técnico, consultivo e normativo, e seu objetivo fundamental é a obtenção de informações sobre as Mortes Maternas no Estado,



assim como a definição de medidas a serem tomadas, com vistas à redução das mesmas, acompanhando o seu desenvolvimento.

O Comitê Estadual de Mortalidade Materna - (CEMMA) tem, entre outras, as seguintes finalidades:

“ I. promover e coordenar a implantação dos Comitês Regionais e Municipais de Mortalidade Materna, objetivando a implantação da assistência integral a saúde da mulher, otimizando seus serviços essenciais;

II sensibilizar a sociedade científica, o setor privado e as organizações da sociedade civil voltadas à saúde da mulher, para que se incorporem aos esforços dos Comitês Regionais e Municipais, objetivando a redução da mortalidade Materna”.(Relatório das atividades do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, 1995/set.1996)

Há, atualmente, em Santa Catarina, nove Comitês Regionais e, quatro Comitês Municipais, sendo estes em Joinville, Blumenau, Criciúma e Florianópolis. Os Comitês Regionais estão realizando a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, assim como os Comitês Municipais.

O CEMMA vem favorecendo, de modo positivo, a atuação conjunta das instituições que o compõem; instituições essas como a Universidade, Movimento

Organizado de Mulheres, Secretária de Estado e outras as quais têm contribuído, cada uma na sua respectiva finalidade, para a concretização e a efetividade da Vigilância Epidemiológica da Morte Materna, objetivando assim quantidade e qualidade, que permitam diagnosticar os determinantes sociais da mortalidade materna (Relatório de Atividades do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, 1995/Set de 1996).

Atualmente o Comitê vem se dedicando, quase essencialmente, a investigação dos óbitos maternos no Estado; mas já se vem discutindo, nas reuniões periódicas do Comitê, realizadas em todas as últimas terças-feiras de cada mês, a possibilidade de trabalhar ou investir na prevenção dessas mortes maternas, logo no período pré-natal.

Os dados iniciais sobre mortalidade materna evidenciam a razão da preocupação com este fato, como se demonstra a seguir.

A tabela 1 apresenta o número de nascidos-vivos, óbitos maternos e os coeficientes de Mortalidade Materna para o Estado de Santa Catarina, de acordo com os dados oficiais e corrigidos, no período de 1980 á 1995.

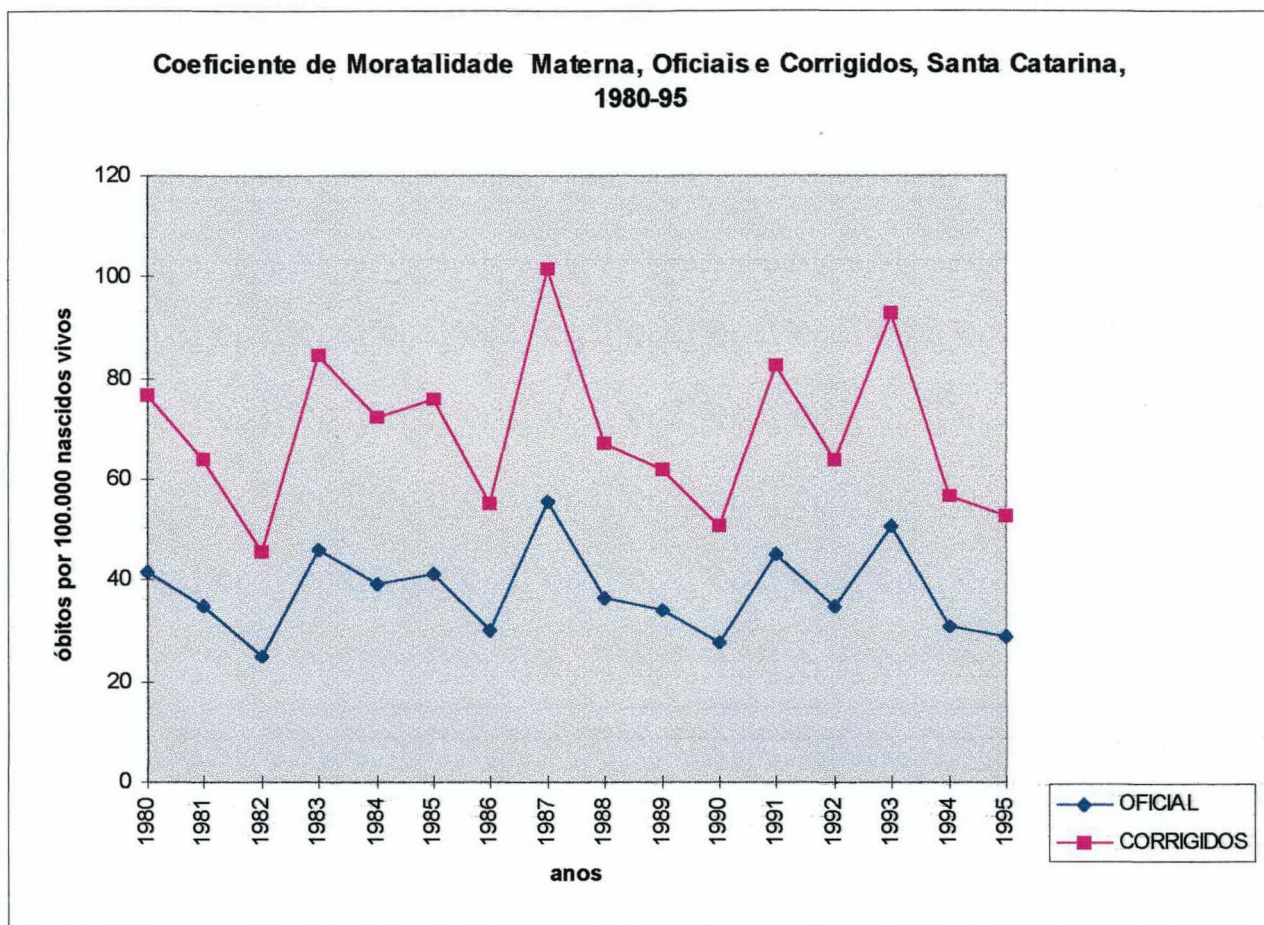
Segundo as autoras, essa análise da série histórica mostra que não há uma tendência de queda no coeficiente, o que se observa são oscilações irregulares durante o período considerado.( Peixoto & Souza, 1995)

Tabela 1. Coeficiente de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos).  
Oficial e Corrigido, Santa Catarina, 1980 - 1995.

ANOS	NASCIDOS VIVOS		ÓBITOS MATERNOS		CMM/1000.000 N.V	
	OFICIAL	CORRIGIDO	OFICIAL	CORRIGIDO	OFICIAL	CORRIGIDO
1980	95446	106422	40	82	41,91	76,68
1981	99926	111417	35	71	35,03	64,08
1982	104112	116085	26	53	24,97	45,69
1983	97308	108498	45	92	46,24	84,61
1984	93664	104435	37	75	39,5	72,27
1985	96572	107678	40	82	41,42	75,78
1986	95994	107033	29	59	30,21	55,27
1987	100667	112244	56	114	55,63	101,78
1988	100841	112438	37	75	36,69	67,13
1989	97098	108264	33	67	33,99	62,18
1990	93310	104041	26	53	27,86	50,98
1991	93118	103827	42	86	45,1	82,52
1992	88896	99119	31	63	34,87	63,80
1993	90623	101045	46	94	50,76	92,87
1994	93453	104200	29	59	31,03	56,78
1995	93453	104200	27	55	28,89	52,86

Fonte: GEINF/ SES

\* Foi utilizada a última informação oficial de nascidos vivos referente à 1994



Fonte: GEINF/SES

Com o propósito de se analisar, de forma mais profunda, os óbitos maternos de Santa Catarina segundo algumas variáveis como idade, estado civil e causa básica, processaram todos os óbitos maternos, desde 1979 á 1995.

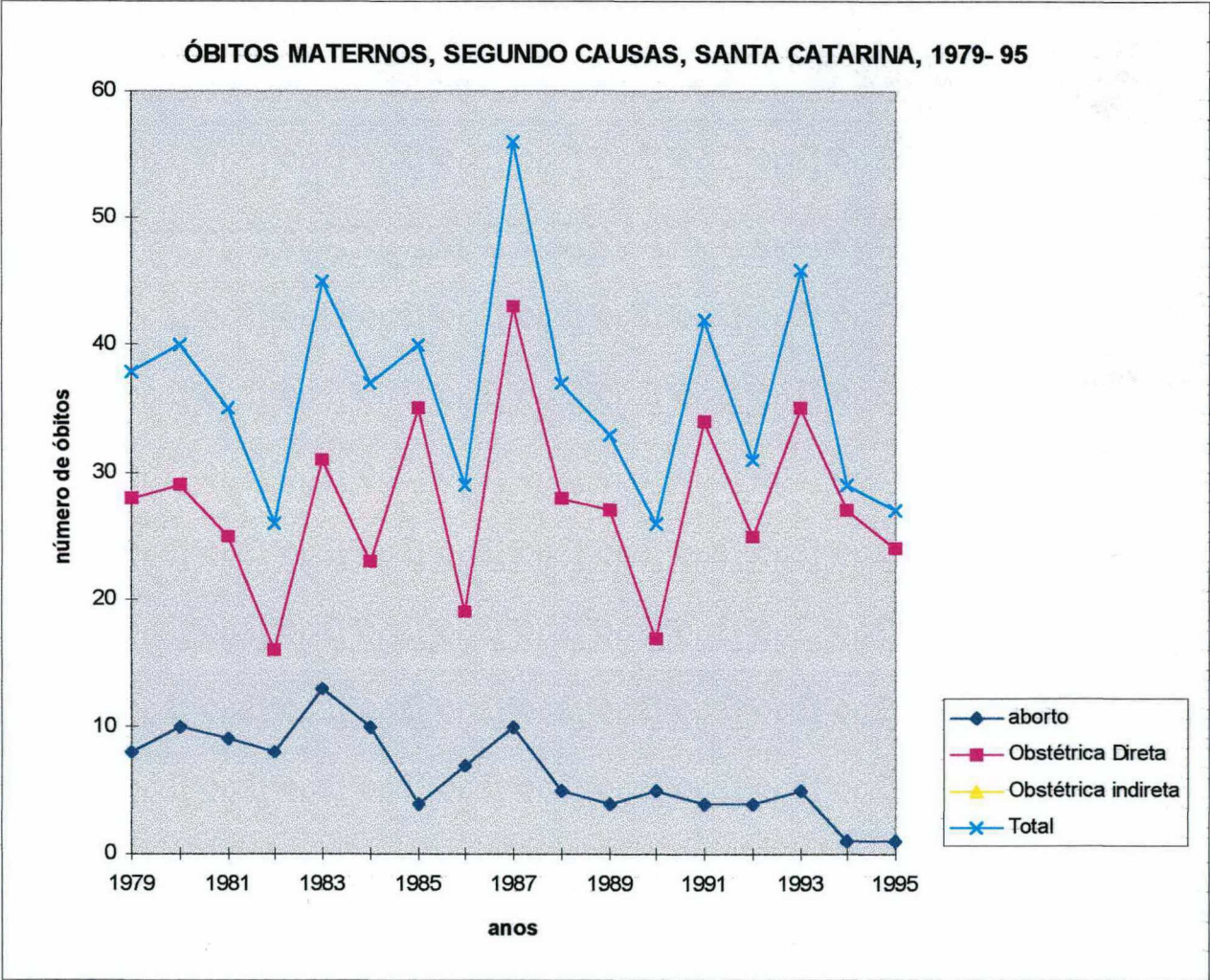
O número destes óbitos, maternos segundo os grupos de causas, estão apresentados na tabela 2. Neste período, ocorreram ao todo, 617 óbitos por complicações da gravidez, parto e puerpério; sendo o número de óbitos por causas indiretas, relativamente pequeno. Eles representam, uma média de 7% do total. Já



os óbitos por complicações de aborto, separados das causas obstétricas diretas, foram responsáveis por 108 dos 617 óbitos (17,5%) (Peixoto e Souza, 1995).

Tabela 2- Mortalidade materna, segundo grupos de causas, Santa Catarina, 1979-95

Grupo de Causas	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
Aborto	08	10	09	08	13	10	04	07	10	05	04	05	04	04	05	01	01
Obstétricas diretas	28	29	25	16	31	23	35	19	43	28	27	17	34	25	35	27	24
Obstétricas indiretas	02	01	01	02	01	04	01	03	03	04	02	04	04	02	06	01	02
Total	38	40	35	26	45	37	40	29	56	37	33	26	42	31	46	29	27

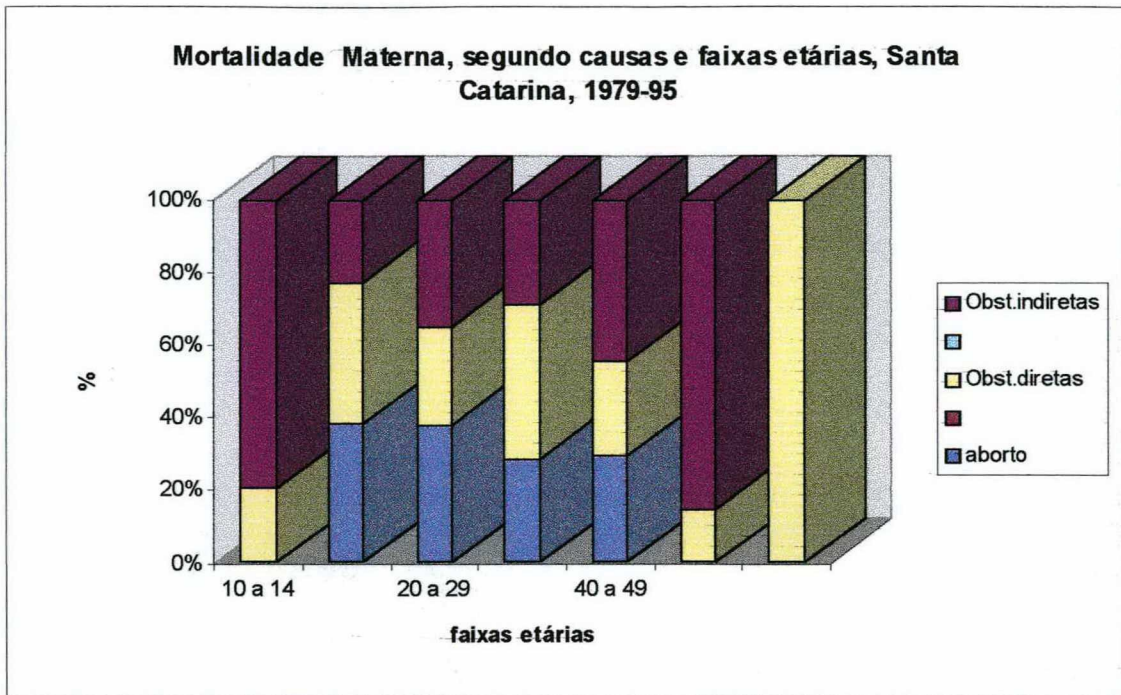


A tabela 3 apresenta a distribuição dos óbitos segundo a faixa etária. Ao analisa-la constata-se que os óbitos estão concentrados na faixa etária de 20 a 39 anos, abarcando 77,8% do total. Mais de 12% dos óbitos foram de mulheres com menos de 19 anos, sendo 4 delas menores de 15 anos. As faixas etárias mais avançadas contribuíram com 9,3% do total dos óbitos e, em 3 óbitos, não foi informada a idade das falecidas (Peixoto & Souza, 1995).

Tabela 3. Mortalidade materna, segundo causas e faixa etária, Santa Catarina, 1979-95

Idades	Aborto		obstétrica direta		Obstétrica indireta		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
10 a 14	-	-	03	12,0	01	02,3	04	0,6
15 a 19	13	12,0	57	12,2	03	07,0	73	11,8
20 a 29	55	50,9	170	36,5	20	46,5	245	39,7
30 a 39	30	27,8	193	41,4	12	27,9	235	38,1
40 a 49	10	09,3	38	08,2	06	14,0	54	08,8
50 a 59	-	-	02	00,4	01	02,3	03	00,5
ignorado	-	-	03	00,6	-	-	03	00,5
Total	108	100,0	466	100,0	43	100,0	617	100,0





Fonte: GEINF/SES

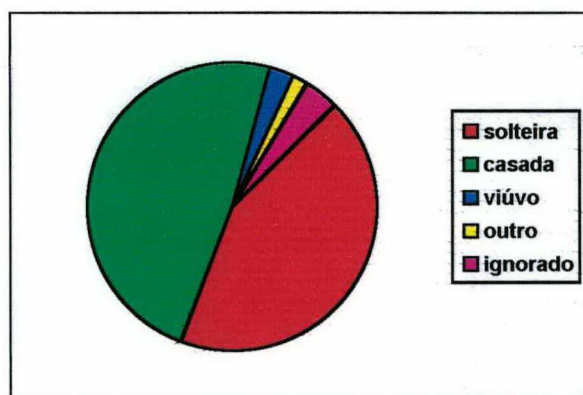
A tabela 4 mostra que 63,9% dos óbitos maternos eram de mulheres casadas. O que as autoras consideram importante notar é que 28,7% dos óbitos maternos são de mulheres solteiras e essa proporção aumenta para 43,50%, quando se considera o aborto como causa do óbito, identificando assim um padrão de distribuição das mortes, segundo estado civil diferente do observado para os outros grupos de causas (Peixoto & Souza, 1995)

Tabela 4. Mortalidade Materna, segundo causas e estado civil, Santa Catarina, 1979-95

Estado civil	Aborto		obstétrica direta		Obstétrica indireta		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Solteira	47	43,5	116	24,9	14	32,6	177	28,7
Casada	52	48,1	315	67,6	27	62,8	394	63,9
Viúva	03	02,8	004	00,9	01	02,3	008	01,3
Outro	02	01,9	007	01,5	-	-	009	01,5
ignorado	04	03,7	024	05,2	01	02,3	029	04,7
Total	108	100,0	466	100,0	43	100,0	617	100,0

Fonte: GEINF/SES

Mortalidade Materna, segundo estado civil, Santa Catarina, 1979-95



Ao se analisar a distribuição dos óbitos por grau de instrução (tabela 5), identifica-se com clareza, que não é dada a devida importância ao preenchimento das variáveis de identificação, pois, em quase um quarto das mortes maternas, não foi informada a escolaridade da falecida. Os dados também mostraram que 90,9% dos óbitos ocorreram em hospitais, o que conduz ao questionamento sobre a qualidade do atendimento prestado às mulheres, principalmente, no período da

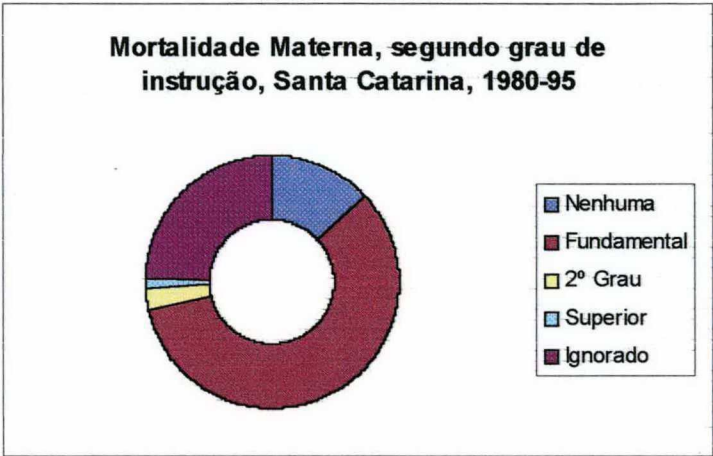


gestação, parto e puerpério, Este número vem confirmar a precária realidade de atendimento à saúde, conforme já mencionado (Peixoto & Souza, 1995).

Tabela 5. Mortalidade materna, segundo grau de instrução, Santa Catarina, 1979-95

Grau de instrução	Óbitos	%
Nenhuma	081	13.1
Fundamental	359	58.2
2º Grau	018	02.9
Superior	009	01.5
Ignorado	150	24.3
Total	617	100.0

Fonte: GEIF/SES



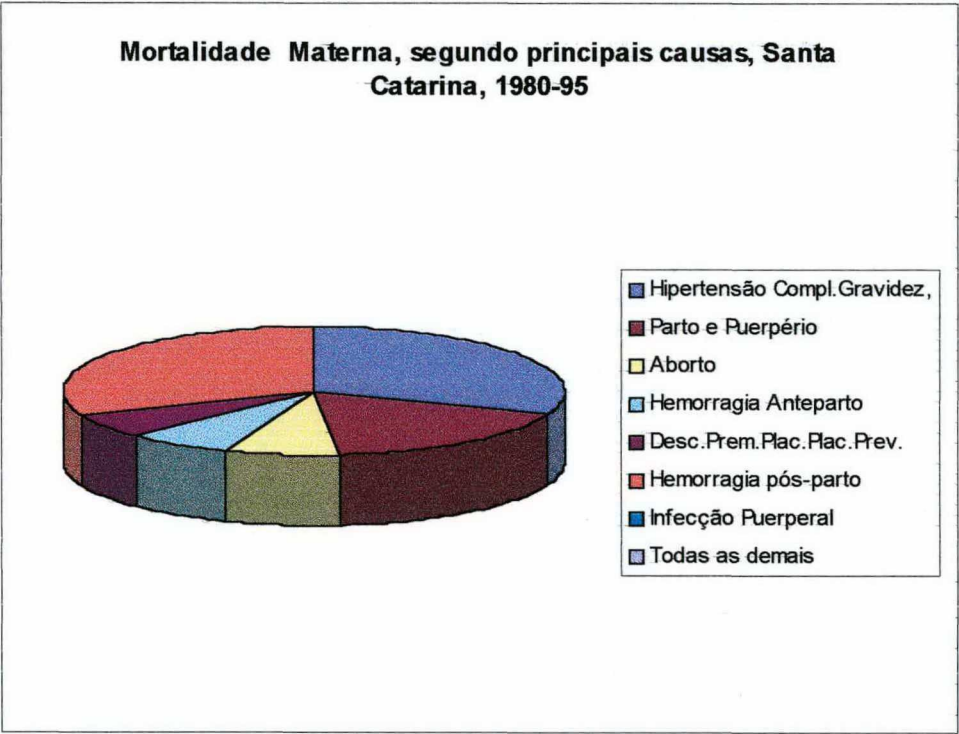
Para finalizar, apresentaremos as cinco principais causas de Mortalidade Materna (tabela 6), que, juntas, representaram praticamente 70% do total dos óbitos analisados. Destaca-se em primeiro lugar, a hipertensão complicando a gravidez, parto e puerpério, tendo sido ela responsável por quase um terço dos óbitos maternos. O aborto aparece em segundo lugar representando 17,5% dos óbitos, o que é preocupante. As hemorragias e as infecções puerperais completam o quadro das

principais causas que complicam o ciclo gravídico-puerperal(Peixoto & Souza, 1995).

Tabela 6. Mortalidade materna, segundo causas específicas, Santa Catarina, 1979-95

Causas	N.º	%	% ac
Hipertensão Compl. Gravidez, Parto e Puerpério	190	30,8	30,8
Aborto	108	17,5	48,3
Hemorragia Anteparto desc. Prem. Plac. Plac. Prev.	047	07,6	55,9
Hemorragia pós-parto	040	06,5	62,4
Infecção Puerperal	040	06,5	68,9
Todas as demais	192	31,1	100,0
Total	617	100,0	

Fonte: GEINF/SES



Ao apresentar estes dados, teve-se a pretensão de realizar uma análise exploratória dos óbitos maternos de residentes em Santa Catarina, baseando-se nos

dados oficiais e corrigidos, com o objetivo de demonstrar algumas das possibilidades de análise dos mesmos e de que forma eles podem colaborar para o desenvolvimento de um plano de redução da mortalidade materna.

Para a possível implementação de qualquer programa em que se vise a redução da mortalidade materna, seria necessário a identificação das causas dessas mortes, dos possíveis fatores de risco das áreas mais afetadas. É também essencial analisar sua tendência ao longo da história, a fim de observar a direção e a velocidade com que as mudanças vêm ocorrendo - o que permitirá a avaliação das políticas implementadas.

A obtenção de um diagnóstico preciso do problema para que se possa subsidiar o desenvolvimento, a execução e a avaliação de um plano de ação para redução da Mortalidade Materna, só será possível através da implantação de um sistema de vigilância epidemiológica de mulheres em idade fértil, o qual apontamos ao constatar sobre as possíveis estratégias para a redução desta problemática.

#### **4-A gestante de Alto Risco na Maternidade Carmela Dutra - MCD**

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré natal deve ser organizada para atender as necessidades da população gestante.

Sabemos que as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materno - pré natal.

Sabemos, também, que, na realidade, isto não vem ocorrendo da forma programada. Podemos detectar, claramente, esta situação, quando referenciamos o alto índice de Mortalidade Materna ocorrida em todo o Brasil, em decorrência, principalmente, da ausência ou ineficiência do atendimento pré-natal, prestado pelas Instituições Públicas de Saúde nos Estados e Municípios.



A assistência à gestação faz-se necessária pela própria especificidade desta condição que requer suporte global à saúde da gestante, do bebê e a minimização do trauma que o parto possa representar para a mãe.

A assistência pré-natal tem, atualmente, metas muito amplas. Além de sua finalidade psicológica, educacional e social, preocupa-se com a identificação da “*gestação de alto risco*” quando os organismos da mãe e do feto estão sujeitos a inúmeros agravos.

De forma resumida, entre os objetivos da assistência pré-natal, destacamos os seguintes:

- orientar os hábitos de vida da gestante (dieta alimentar, atividades físicas, vestuário, etc.);
- dar assistência psicológica e educacional; preparar a gestante para o trabalho de parto; fazer o diagnóstico e tratar as doenças preexistentes que possam gerar riscos para a gravidez e o parto;
- acompanhar seqüencialmente o processo de gestação. (Rezende apud Nogueira, 1994, p. 44)

É, de fundamental importância, a avaliação das condições gerais da gestante, seus antecedentes obstétricos e ginecológicos, e o ambiente em que vive.

Segundo o Manual de Assistência Pré-Natal (1988, p.09), para que ela seja efetiva, devem ser garantidas as seguintes condições:

- “a) Captação precoce da gestante na comunidade;**
- b) Controle periódico contínuo e extensivo à população alvo;**
- c) Recursos humanos treinados;**
- d) Área física adequada;**
- e) Equipamento e instrumental mínimo;**
- f) Instrumentos de registro e estatística;**
- g) Medicamentos básicos;**
- h) Apoio laboratorial mínimo;**
- i) Sistema eficiente de referência e contra referência;**
- j) Avaliação das ações de assistência pré-natal”.**

A garantia do acesso a esses procedimentos deve ser estendida às parcelas da população ainda não beneficiadas.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve contar ainda, além das consultas médicas, com as consultas de Enfermagem, Odontológicas, Nutricionais, Psicológicas e de Serviço Social.

“O acesso ao acompanhamento pré-natal é um indicador chave para a avaliação do grau em que a

saúde, como ‘direito de todos e dever do Estado’, se encontra numa determinada sociedade. O acesso aos serviços de saúde que oferecem este tipo de atendimento, as campanhas de conscientização da população, o grau de escolaridade da mãe e o nível econômico das famílias são fatores que influenciam esta prática de saúde”. (IBGE, apud, Nogueira, 1994, p. 45)

Todas estas considerações apontam a necessidade imediata de um atendimento integral às mães, principalmente durante a gestação. Todas as gestantes deveriam começar as consultas de pré-natal antes do terceiro mês de gestação e realizar pelo menos seis consultas até o parto; isto em se tratando de uma gestação sem fatores de riscos detectados e caso seja considerada uma gestação de alto risco deve receber um acompanhamento minucioso, “com pessoal e aparelhagem adequados para rastrear ameaças clinicamente inaparentes à vida fetal”(Rezende apud Nogueira, 1994, p.44).

É dentro deste contexto, que referencia a assistência integral à saúde da mulher, bem como a assistência pré-natal, que gostaríamos de situar a *Maternidade Carmela Dutra* - MCD, indicada em 1992 pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher, como, a única instituição pública a nível de saúde em Santa Catarina, especializada em todos os aspectos da saúde feminina.

No que se refere a assistência pré-natal de baixo e alto risco, o ambulatório da MCD vem prestando estes atendimentos desde 1992, quando foi implantada a



Central de Marcação de Consultas<sup>1</sup>, e seu atendimento passou a abranger a saúde da mulher como um todo. As pacientes atendidas são encaminhadas ao ambulatório via posto de saúde da sua comunidade, sendo procedentes da grande Florianópolis ou de municípios vizinhos.

Como já mencionamos, o ambulatório presta atendimento pré natal à gestante de alto risco; esta é atendida todas as terças e quarta-feiras, no período da manhã, perfazendo um atendimento em média de 100 gestantes por mês.

A Maternidade Carmela Dutra mantém oito unidades para o atendimento à saúde da mulher, sendo a unidade II específica no atendimento a gestação de alto risco, e para tal, mantém nove leitos. A unidade possui uma equipe técnica com médicos especializados em gestação de Alto Risco, Residentes, Doutorandos; além do trabalho da equipe de Enfermagem e Serviço Social.

Em média são internadas 40 gestantes por mês, podendo sofrer alterações de um mês para o outro, tanto na queda quanto na elevação deste número.

O tempo de permanência da gestante na Maternidade varia de acordo com a causa pela qual está internada, vai de dias a meses.

---

<sup>1</sup> Central de Marcação de Consulta - é um mecanismo de articulação entre Unidades de Saúde do nível I e II à Centros de Referência Estadual. As consultas são agendadas por telefone, e o objetivo é de regularizar o fluxo de referência e de contra-referência.



Salientamos que um grande número destas gestantes é encaminhada via ambulatório da MCD, ao ser atendida na sala de admissão da mesma e detectada uma gestação de risco, há também, a possibilidade de ser encaminhada pelo médico com o qual vinha realizando o seu pré-natal, ou por outra Instituição de Saúde.

Compreende-se como *Gestação de Alto Risco*, aquela onde acontece intercorrências que possam comprometer o binômio mãe e filho. Chama-se de fator de risco àquela característica ou circunstância que se associa à probabilidade maior de o indivíduo sofrer dano à saúde. Deve haver muito cuidado ao se definir o que consiste um fator de risco e o que é um dano à saúde, pois algumas características podem se aplicar a ambos os casos. Na realidade, os fatores de risco podem ser tanto indicadores de risco, como causas de danos à saúde.

Por outro lado, os fatores de risco podem ser aqueles que caracterizam o indivíduo, a família, o grupo a comunidade ou o ambiente. Vários estudos tem demonstrado que a primeira gestação, a alta paridade, a gestação em idade reprodutiva precoce ou tardia, os abortamentos prévios e a desnutrição são fatores de risco universais - todas estas características aumentam a probabilidade de morbimortalidade perinatal. A combinação destes e de outros fatores de risco nos mesmos indivíduos incrementa, ainda mais, a probabilidade de causar dano à saúde.

Os fatores de risco são de natureza diversa, a saber:

- ⇒ “Biológicos ( ex.: certos grupos de idade, baixa estatura);
- ⇒ Clínicos ( ex.: nefropatia, diabetes);
- ⇒ Ambientais ( ex.: abastecimento deficiente de água, falta de esgotos);
- ⇒ Comportamentais ( ex.: fumar, beber);
- ⇒ Relacionados à assistência à saúde ( ex.: má qualidade de assistência, cobertura insuficiente durante o pré-natal);
- ⇒ Sócio culturais ( ex.: nível educacional); e
- ⇒ Econômicos ( ex.: baixa renda)”

( Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - Gestação de Alto Risco - Brasília, 1991)

“Assim, a idéia de risco exige que se preste atenção devida a vínculos distantes na cadeia convencional de causalidade - além da pobreza, às suas causas; além da subnutrição / a economia na distribuição de alimentos; além do peso baixo ao nascer, às atitudes da comunidade com relação às mulheres. O enfoque de risco não pode, evidentemente, deslindar todas essas associações, mas pode contribuir bastante para definir a sua importância relativa” (Backett e cols, 1995 apud Nogueira, 1994, p. 43)

Como pudemos observar, entre as principais causas de uma gestação de alto risco situam-se diversos fatores como os biológicos, genéticos, emocionais, ambientais, sociais, econômicos e culturais. E dada a complexidade da gestação de

alto risco, consideramos importante conhecer, a situação das mulheres que procuram ou são encaminhadas para o atendimento na MCD. Compreender os fatores sociais, econômicos e culturais que norteiam a existência dessas mulheres internadas, contribui para a transformação da situação em que vivem.

Através das informações coletadas na pesquisa, constatamos que a maioria das gestantes (76%) sobrevivem sem uma renda mensal fixa, e o restante (24%) de um a três salários mínimos; o que pouco altera o baixo nível sócio-econômico delas. Grande parte não trabalha fora de casa (60%), sendo que as demais (40%) ocupam cargos como domésticas, professoras primárias, agricultoras, balconistas e costureiras.

Diante desses dados, percebemos o quão carentes economicamente falando, são as gestantes internadas nesta unidade; assim, não poderíamos deixar de salientar - o quanto essa carência econômica é fator predominante no que tange a algumas das causas da gestação de alto risco. Sabemos que uma alimentação rica em proteínas, o acesso a medicamentos quando necessários, as instalações sanitárias e higiênicas adequadas - tudo isso é imprescindível para uma gestação saudável. Lamentavelmente, grande parte das entrevistadas não possuem acesso a estes aspectos básicos.



Segundo Ribeiro (1994, p. 42),

“O brasileiro é um ser pobre e empobrecido, em sentido econômico e com as consequências que isso implica. A obviedade deste fato só é, entre nós, ignorada, porque, ideologicamente, estamos acostumados a não sentir mais sua dramaticidade, e, não infrequentemente, fazer do fato até motivo de riso, poesia e alienação. A criação de uma consciência sobre o fato, por si, já é subversiva. É por isto que as classes dominantes cuidam eficientemente de instrumentalizar o fato - justificando pela preguiça e inércia dos ‘jéca tatu’, ou do ‘jeitinho’ do Pedro Malasarte ou do peculiar dos macunaíma, os dos ‘subversivos’ da doutrina da Segurança Nacional, ou ainda dos ‘habitantes do país do futuro’, (inatingível). Na verdade, a incasualidade da pobreza e do empobrecimento do brasileiro - já que o país é senhor de uma expressiva riqueza quantitativa e qualitativa - é algo secularmente programado e mantido”.

Esta situação pode ser comprovado através do relato das gestantes:

*“Moro numa casa de duas peças, um quarto e uma cozinha, com meu marido e 4 filhos pequenos. Não tenho banheiro, só uma patente no fundo do terreno”.* ( L.M., 38 anos)

*“... meu marido vive de biscates, e gasta quase tudo que ganha na bebida, muitos dias não tenho nem um pedaço de pão pra dá as crianças”.* ( M.R., 30 anos)

As gestantes encontram-se na faixa etária de 15 a 35 anos (80%), e 36 à 45 anos (20%). Neste sentido, identificamos que estes aspectos convergem para uma

questão fundamental, ou seja, os riscos de uma gestação precoce ou tardia. Sabemos que uma das causas da gestação de alto risco apontada pela Medicina diz respeito à faixa etária em que as mulheres engravidam. Sobre este prisma, enfatizamos a questão das políticas públicas de saúde, enquanto caráter preventivo e não somente curativo, e a quase total inexistência de programas de saúde voltados às camadas populares no sentido de orientar o planejamento familiar, ao uso de métodos anticoncepcionais, bem como a aquisição dos mesmos.

Até mesmo a questão cultural tem uma forte influência sobre este aspecto, na medida em que prescreve quase como uma *obrigação*, um *dom natural* à maternidade:

*“Pra mim, ser mãe é uma coisa boa, é uma responsabilidade, dá um pouco de trabalho, mas eu gosto. Tanto que já tive quatro e vou pro quinto filho. Pra mim não tem problema nenhum, pois, onde come quatro, come cinco não é?”* (S.X., 36anos)

Destas gestantes (60%) vive em estado civil de união livre (ou seja, sem a formalização legal ou religiosa do matrimônio), (28%) são casadas e (12%) são solteiras.

Mesmo tendo a sociedade preconizado como valor fundamental o casamento legalizado e sacramentado, a concepção de que a maternidade só se realiza em plenitude se, aliada ao casamento, tem perdido, sensivelmente, o seu valor moral e

social frente a enorme demanda de homens e mulheres que preferem “*viver juntos*” e terem seus filhos nesta situação.

*“Não sou casada no papel, só vivo junta, e tá muito bom assim. As vezes, casar de verdade estraga tudo”.* (A.V., 24 anos)

O nível de escolaridade também representa uma importante questão na nossa pesquisa. Das gestantes entrevistadas (24%) possuem o primário completo, (12%) o primeiro grau completo, (20%) o segundo grau completo e as demais (44%) não concluíram o primeiro grau. Considerando estas estatísticas, mais uma vez, nos reportamos às dificuldades dessas gestantes frente aos constantes desafios colocados pela sociedade.

A problemática da baixa renda deve-se também ao nível de escolaridade, pois a pressão econômica é muito forte, fazendo com que a maioria dessas mulheres comecem a trabalhar cedo, ou engravidam e casam e vice versa, não conseguindo assim completar seus estudos. A atuação do nível de escolaridade na determinação das condições de saúde pode se dar de forma direta, contribuindo para a eficiência do comportamento do indivíduo na sociedade, e consequentemente para um melhor conhecimento e esclarecimento dos seus direitos sociais, bem como maior habilidade de lidar com as suas questões pessoais e em relação a sua saúde.



Com o baixo nível de escolaridade é evidente que a profissão em grande parte, comportará atividades de baixo reconhecimento social e, conseqüentemente, com baixa remuneração: (60%) das gestantes trabalham somente em casa (do lar), (8%) são domésticas, (4%) balconistas, (8%) estudantes, (8%) costureiras, (8%) professoras primárias, (4%) agricultora. Identificamos, em consequência disso, um cenário de profissionais com dupla jornada de trabalho e salários insignificantes que apenas vêm contribuir ou reforçar a renda familiar.

Quanto à procedência destas gestantes, (78%) são provenientes da grande Florianópolis, (Palhoça, Biguaçu, São José) e (28%) são de outros municípios do Estado. Deste percentual (44%) foram encaminhadas à MCD pelo Médico com o qual realizavam o pré-natal; (40%) vieram por conta própria e (16%) foram encaminhadas por outros hospitais.

Dessas gestantes que chegaram até a MCD, apenas (24%) contaram com o apoio da administração pública municipal, sendo que (76%) tiveram que se deslocar com recursos próprios.

Essa realidade vem comprovar que a municipalização da saúde se constitui numa proposta muito mais teórica que prática. Os municípios não possuem estrutura para atender sua demanda.

Além deste fato, constata-se que ao encaminhar uma paciente para Florianópolis, a mesma não recebe a devida orientação, muito menos as condições necessárias que lhe seriam garantidas por direito.

“Quando imagino o cidadão brasileiro, penso naquele ser fragilizado pela ausência de reconhecimento social, naquele indivíduo sem rosto, sem direitos e sem recursos, colocado numa espera interminável que é o símbolo mais perfeito, no Brasil, da ausência de uma verdadeira cultura de cidadania”. (Da Matta, Apud Ribeiro, 1994, p.69-70)

No que se refere a religião, (84%) das gestantes são católicas, e (16%) pertencem à outras religiões, confirmando que:

“ O brasileiro é essencialmente religioso, sua religiosidade porém não se manifesta exclusivamente como membro efetivo da igreja católica, nem as normas impostas por esta instituição”. (Ribeiro, 1994, p.57)

Um outro aspecto a ser considerado refere-se à questão da participação comunitária, visto que apenas (8%) possui alguma participação na comunidade - o que nos leva à reflexão de que, cada vez mais, as pessoas se isolam no seu mundo particular. A luta coletiva vem perdendo, sensivelmente, sua força. O sistema econômico atual tem propiciado este crescente isolamento, além do fato de a maioria das mulheres (92%), desistirem de qualquer organização comunitária quando casam, por considerarem o binômio casamento-participação comunitária incompatíveis.



*“ Antes de eu casar participava das atividades e grupos da igreja, agora com marido e filhos e os serviços da casa, não dá mais tempo pra nada”* (L.F., 41 anos).

No que tange às causas mais freqüentes de internações na Unidade de Alto Risco, a pesquisa nos apontou os seguintes resultados: a Pré-Eclâmpsia e o Trabalho de Parto-Prematuro (TPP), aparecem como causas mais freqüentes (64%), Bolsa Rota com (20%) e posteriormente a Diabete e a Anemia (16%).

Destas gestantes (80%) realizou seu pré-natal nos Postos de Saúde de sua comunidade; (16%) usou convênios ou recurso particular; apenas (4%) não realizou o pré-natal.

Interessante é refletirmos que mesmo tendo a maioria das gestantes realizado o pré-natal na sua comunidade ou município, as causas que mais levam à internação das mesmas na MCD, são, na maioria das vezes, preveníveis se acompanhadas com seriedade nas consultas do pré-natal. Não podemos deixar de enfatizar os cuidados à nível de dieta alimentar, o uso de medicamentos, o repouso e outras indicações, não cumpridas pelas gestantes em função de sua situação econômica.

Mais uma vez, nos defrontamos com a fragilidade do sistema de saúde, que, na maioria das vezes, não possui políticas de saúde, políticas sociais que apontem ou ofereçam alternativas para solucionar tal problemática. Assim os excluídos ficam cada vez mais, à margem das benesses ou do conformismo diante de tal realidade.

É importante perceber que o alto índice de Mortalidade Materna, apontado nas pesquisas, juntamente com esta problemática social, vem consolidar a nossa percepção quanto à relação direta e profunda dessa mortalidade e da gestação de alto risco a fatores de exclusão e desigualdade sócio econômica da população - destacando aqui a mulher.

Outro fator de grande relevância diz respeito à qualidade de atendimento prestado nos municípios no que concerne à saúde da mulher.

Os dados revelam que a qualidade de atendimento nos Postos de Saúde tem se mostrado precária e descomprometida com as reais necessidades da população:

*“É péssimo, o atendimento, falta médico, a gente tem muita dificuldade para marcar uma consulta ... ” (M.R., 26 anos)*

*“São péssimas, se tem muito trabalho e demora muito pra marcar uma consulta, e tem bastante troca-troca de médico” (C.S., 15nos)*

Além da precariedade econômica das mulheres atendidas e internadas, outro aspecto nos chama a atenção - é a grande valorização atribuída à maternidade.

Como vivemos numa sociedade extremamente machista e desigual, onde os indivíduos já nascem com os papéis sociais pré-determinados. compreendemos que muitos do comportamento das gestantes estava diretamente relacionado aos valores

culturais absorvidos por elas como verdadeiros e que sustentavam várias de suas atitudes, destacando-se, principalmente, a questão da submissão, ou seja, não reclamar, não reivindicar.

Sabemos também que, no processo histórico-social a mulher sempre ocupou um papel secundário em relação ao homem. As mulheres foram reservados dons tidos como naturais e imprescindíveis ao sexo feminino: *o casamento e a maternidade*, como já mencionamos na primeira parte deste trabalho.

Observa-se também a subalternidade feminina em não desafiar ou questionar comportamentos e representações por elas assimilados como naturais e inatas à mulher, como expressa o depoimento:

*“Me sinto assustada devido a gravidez anterior, a qual sofri bastante, mas meu marido queria muito outro filho, e acho que é meu dever de mulher e esposa fazer isso. Mas tenho muito medo, estou nervosa, o que me preocupa muito é que estou de 7 meses e tenho medo de perder”*( S.M., 28 anos)

Alguns destes valores vistos como praticamente *intransponíveis*, pela sociedade se comprovam nestes depoimentos:

*“Ser mãe é tudo na vida. Sempre quis ter os filhos de parto normal, sentir realmente o que é ser mãe, sem ser anestesiada, mas não tive esse ‘dom’, pois ganhei todos de cesariana” (M.S., 26 anos)*

*“ ... ser mãe é tudo, é a coisa mais linda do mundo, vale qualquer sacrifício, qualquer sofrimento ”(M.R., 43 anos)*



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos nosso estudo, gostaríamos de enfatizar que o mesmo se constituiu em uma experiência positiva para o amadurecimento pessoal e profissional, proporcionando um significativo aprendizado a nível teórico-prático.

Evidenciamos, na conclusão de nosso trabalho, alguns aspectos que consideramos essenciais.

Pudemos observar que os preconceitos e a subalternidade feminina prevalecem ainda hoje, em nosso meio, e que, apesar de um grande número de mulheres já terem conquistado o seu espaço a nível familiar e profissional, mostrando capacidade, autodeterminação e assumindo, em muitos casos, a posição de chefe da família, persistem aquelas que não conseguiram se libertar de certos valores negativos impostos pela sociedade como sendo parte da natureza feminina.

Exemplo disso é a subordinação da mulher ao marido, quando aceita tudo sem questionar, principalmente, o dever de ser mãe. Esta mulher prefere o sofrimento e o sacrifício, a quebrar as regras tradicionais.

Um outro aspecto, também comprovado, é a conquista da mulher em relação ao direito de optar “ser ou não ser mãe”, e o que é mais importante, no estado civil que escolher, mesmo tendo como consequência certos problemas familiares ou sociais.

Gostaríamos de chamar a atenção de como as precárias condições do Sistema de Saúde vigente no país e a insuficiente assistência pré-natal refletem, diretamente, nas causas de uma Gestação de Alto Risco e no elevado índice de Mortalidade Materna no país. Problemas estes, que na sua maioria, poderiam ser evitados, a partir de uma boa política de saúde com estratégias capazes de reduzir e até mesmo anular esta problemática.

Um fato também, que nos chocou foi o alto índice de “mortalidade materna ocasionado pelo aborto”. Tendo em vista, que este é considerado um ato ilegal em nosso país, torna-se realmente preocupante, pois a falta de controle sobre a clandestinidade tende a piorar, cada vez mais, a situação. É portanto, neste sentido que, mais uma vez, chamamos a atenção para a criação de políticas públicas de saúde que venham trabalhar seriamente esta problemática - através, por exemplo de programas sexuais educativos nas escolas à adolescentes e jovens, repassando

informações e prestando esclarecimentos; como orientar e esclarecer as famílias com baixo poder aquisitivo para a necessidade de planejamento familiar.

Outro aspecto que consideramos relevante na análise da pesquisa realizada com as gestantes internadas na Unidade de Gestação de Alto Risco, é que além da precariedade econômica que as atinge, percebemos a alta valorização atribuída por elas à maternidade, mesmo colocando risco a sua própria vida. Para elas vale qualquer sacrifício, desde que possam ter o seu filho nos braços. Vejamos este depoimento:

*“ o que me dá coragem pra ficar aqui internada, é saber que o meu bebê está vivo, principalmente porque já perdi dois filhos; por isso faço qualquer sacrifício ”.*( L.G, 41 anos)

Em relação ao amor materno, pudemos entender que ele não nasce conosco - ele é adquirido ao longo da vida, e conseqüentemente pode variar de mulher para mulher, conforme os valores e a cultura de cada pessoa.

Desta forma, ao concluir este estudo, constatamos a *situação da subalternidade feminina, da mortalidade materna e da gestação de alto risco*, esperamos ter contribuído para que o Serviço Social estabeleça ações programáticas

que viabilizem a melhoria do padrão de atendimento e, conseqüentemente, a redução dos riscos de morte materna.



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: O mito do amor materno*.

Trad. Waltersir Dutra. 8ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. *Gestação de Alto Risco*. Brasília: 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde.

Coordenação Materno Infantil. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Brasília: 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. *Assistência*

*Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém nascido*. Brasília: 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação Materno infantil. *Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna*. Brasília: 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. (Série B: textos básicos de saúde, 6). Brasília: 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. *Assistência Pré-natal*. 2º ed. (Série A: Normas e manuais técnicos, 36). Brasília: 1988.

LAURENTI, Rui. *Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, Dez. 1988.

LIMA, Nádia Regina Loureiro de Barros. *Mulher em questão*. Maceió: Universitária, 1987.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

NOGUEIRA, Maria Inês. *Assistência Pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.

- PEIXOTO, Heloisa Cortês Galloti. Mortalidade Materna: necessidade de um sistema de vigilância. Florianópolis: [s.n, 1994?]
- PEIXOTO, Heloisa C.G. Souza, Maria de Lourdes. A Mortalidade Materna em Santa Catarina: Instrumentos técnicos. Comitê Estadual de Mortalidade Materna. Florianópolis, 1996.
- RIBEIRO, Hércion. *A identidade do Brasileiro: capado, sangrado, festeiro*. Petrópolis. R.J: Vozes, 1994.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da saúde. Comitê de Morte Materna. *Mortalidade Materna. Instrumento Técnico*. Florianópolis, 1996.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório das atividades do Comitê Estadual de Morte Materna. Florianópolis, 1995/set.1996.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento. Gerência de Estatística e Informática. Perfil epidemiológico - Mortalidade. Santa Catarina. 1980/1992. Florianópolis, ago.1994.
- SERAFIM, Marise Fernandes. *A Sociedade Conjugal: A construção de um novo espaço de direitos da mulher*. Florianópolis: 1994. 91 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. Saúde e Cidadania: reflexões sobre a prática profissional do Assistente social. In: 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 1995, Salvador. *Caderno de Comunicações*. Salvador, 1995.

TANAKA, Ana Cristina d'Andreta. *Maternidade: Dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec, 1995.